UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juin 1900, à 1 heure.

PAR

Alfred BEYRAND

LES

TERREURS NOCTURNES DE L'ENFANT

Président : M. RAYMOND, *professeur*

Juges : MM. WIDAL, *agrégé*
TEISSIER et THIROLOIX, *agrégés*.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23
—
1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1900 — No 114

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 juin 1900, à 1 heure.

PAR

Alfred BEYRAND

LES TERREURS NOCTURNES DE L'ENFANT

Président : M. RAYMOND, *professeur*

Juges : MM. WIDAL, *agrégé.*
TEISSIER et THIROLOIX, *agrégés.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23
—
1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TERRIER TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (Aug.)		MERY.	WALTHER.
BROCA (André).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON FRÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR RAYMOND

Professeur de clinique des maladies nerveuses

à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le médecin est souvent consulté pour les pavor nocturnus de l'enfance, ces réveils brusques, liés à des sensations d'anxiété et à des visions effrayantes.

Ce sont les parents, émus par la soudaineté, l'intensité paroxystique, la répétition de ces accès qui en demandent la cause avant même le traitement.

Il nous a semblé intéressant de consacrer quelques recherches à leur étude et d'apporter ainsi dans le débat toujours ouvert sur leur étiologie, certains éléments nouveaux.

Nous nous sommes demandé s'il l'on n'avait pas trop négligé le rôle de l'hérédité et, après une revue des causes invoquées par les auteurs, nous l'avons vue s'élargir, se révèler dans son importance.

Les causes accidentelles immédiates, agissent sur un état d'éréthisme, d'excitation cérébrale, fait originel le plus souvent.

Nous avons vu aussi que, dans certains cas, les terreurs nocturnes relèvent d'une névrose à son éclosion, réduite à ce grand signe, peut-être larvée.

Nous avons étudié ensuite ces accès comme symptômes dans des maladies cérébrales confirmées.

Si, par là, nous avons apporté dans cette importante

question avec un peu de clarté, quelques matériaux utiles, une grande part du mérite revient au docteur Dagonet, médecin de l'Asile de Sainte-Anne. Nous le remercions de l'exquise bienveillance qu'il a mise à nous conseiller et à nous éclairer dans ce travail.

Nous sommes heureux de la circonstance qui nous permet d'offrir ici à notre maître, le professeur Raymond, l'hommage de notre respectueuse et profonde reconnaisssance d'élève. L'excellence de son enseignement et l'affabilité de son abord on fait de notre stage à la Salpétrière le meilleur souvenir de nos études médicales.

Aujourd'hui, très sensible encore à l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse, nous le remerçions particulièrement.

HISTORIQUE

On ne s'était pas occupé des terreurs nocturnes avant Hesse d'Altembourg (1), qui attira l'attention sur elles dans une brochure parue en 1845, il y donnait la première interprétation de ces faits.

Pour lui, c'est là un état mental chez l'enfant assez analogue à la manie transitoire chez l'adulte.

En Angleterre, West (2), dans ses conférences cliniques, repoussse l'idée d'une affection encéphalique primitive, admettant la terreur, comme un trouble cérébral sous la dépendance de phénomènes gastro-intestinaux. Il offre la première description symptomatique complète.

Dans son Traité des maladies des enfants, Bouchut (3) rejette aussi l'idée de l'irritabilité cérébrale primitive, à son sens, il s'agit d'une névrose congestive, développée par une excitation sympathique. Il cherche les causes dans la dentition laborieuse et la gastro-entérite. Les rêves effrayants suffiraient aussi à produire l'accès.

(1) C. A. Hesse. Ueber das nachtliche sufschreken der kinder im Schlafe. Altenbourg, 1848.
(2) Ch. West. Diseases of the Children.
(3) Bouchut. Traité des maladies des enfants.

L'auteur anglais Sydney Ringde (1), en 1867, établit l'identité des terreurs et du cauchemar. Il reconnaît la fréquence des accès chez les enfants pâles et chétifs, il propose comme facteurs, l'alimentation mauvaise, trop copieuse, irrégulière, les vers intestinaux, la dentition laborieuse.

C'est le jugement de Steiner (2) en 1895 qui a le caractère le plus décisif dans la question des pavor nocturnus. Après une étude fort intéressante, il conclut à une irritation cérébrale idiopathique, analogue à l'extase transitoire, provoquée sur un fond morbide. Les enfants observés sont faibles, nerveux, scrofuleux, rachitiques. Cet auteur insiste sur la nécessité d'un trouble nutritif du cerveau, les causes éloignées, toutes accidentelles, viennent agir sur des territoires préparés.

La thèse de Debacker (3) en 1881 apporte un travail d'ensemble d'une grande valeur. Une première partie en est consacrée aux terreurs et hallucinations nocturnes de l'enfant qui ne sont pas symptomatiques de lésions cérébrales, se trouvent ensuite à part, dans deux chapitres, ceux de ces phénomènes qui se rattachent à de véritables lésions des centres psycho-sensoriels ou à des névroses. Cette étude abonde en précieux documents et en observations caractéristiques. Toutes les causes re-

(1) Sydney Ringde. Sur les cauchemars des enfants ou leurs cris dans le sommeil. London, med. Times. Mai 1867.

(2) Steiner. Sur les terreurs nocturnes des enfants. Jahrb. fur Kinderkeilk. M. F. VIII, 1876.

(3) Debacker. Les hallucinations et les terreurs nocturnes de l'enfant et de l'adolescent. Thèse Paris, 1881.

connues ont une importance égale pour l'auteur qui n'en fait prévaloir aucune.

Après lui viennent les opinions pathogéniques les plus variées :

Hénoch (1) ne reconnait pas la terreur nocturne liée à un début de névrose, il l'observe surtout chez un sujet normal. Il y aurait à son avis, chez le sujet une interprétation morbide de phénomènes sensoriels.

Au contraire Peugniez (2), Legrand du Saulle (3), et Kamenski (4), croient qu'il faut considérer ces faits comme ressortissant à l'hystérie débutante.

Braun (5) propose d'en faire une « espèce de neurasthénie ».

Silherman (6) distingue le pavor idiopathique et le pavor symptomatique. Dans un cas, on a une « vision terrifiante », et dans l'autre, « une sensation terrifiante ». La première étant une maladie *sui generis*, d'origine cérébrale, la seconde une névrose réflexe.

Auguste Ollivier (7) fait en 1889, une leçon clinique dans laquelle il donne la terreur nocturne comme un élément insignifiant en lui-même, caractéristique d'un

(1) Henoch. Berlin, Klini. Wochenschr., 1868. Traité des maladies des enfants, 1895.

(2) Peugniez. De l'hystérie chez les enfants, 1885.

(3) Legrand du Saulle. Les hystériques. Paris, 1891.

(4) Kamenski. Le stade de début de l'hystérie, 1893.

(5) Braun. Sur les terreurs nocturnes des enfants. Jahrbuch fur Kinderk, 1891, XXXVI.

(6) Silhermann. Contributions à l'étude du *pavor nocturnus* chez les enfants. Jahrb. f. Kinderkeilk, 1883, XX, page 266.

(7) Auguste Ollivier. Les terreurs nocturnes de l'enfance. Leçon clinique. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Août, 1889.

état nerveux grave, dont il est encore impossible de prévoir le développement ultérieur. Il ne s'agit là que des accès de pavor apparaissant chez un enfant qui ne semble pas malade à première vue. Après avoir noté la nécessité du fond héréditaire, ce clinicien conclut en faveur d'une forme larvée de l'hystérie.

Rey (1) ne voit dans la terreur nocturne que l'effet d'une dyspnée, soit permanente, soit temporaire, et écrit en 1898, un article intéressant, préoccupé de rechercher les obstacles matériels et directs à la respiration, responsables de pavor.

Moizard (2) dans son étude pour le Traité des maladies de l'enfance, a défendu le rôle pathogénique de la gastro-entérite.

Enfin Soltmann (3) dans son livre sur les maladies nerveuses de l'enfant et plus particulièrement dans un travail récent, donne une bonne étiologie pathogénique des terreurs nocturnes. Les réserves sont nombreuses à faire à ses conclusions, elles n'en laissent pas moins subsister une opinion intéressante fondée sur une délicate interprétation des faits. Les enfants atteints sont anémiques, et présentent une prédisposition névropathique certaine, ils sont issus de famille dans lesquelles on retrouve des névroses.

(1) Rey. Aïtiologie des pavor nocturnus. Jahrb. f. Kinderk, XLV, p. 217.

(2) Moizard. Article « terreurs nocturnes ». Traité des maladies de l'enfance, Grancher, Marfan.

(3) Soltmann. Les maladies nerveuses fonctionnelles dans l'enfance. Handbuch der Kinderkrankh. von Gerahrdt. Nicht terrors. Real encyclopaedie der gesammten Heilkund, 1898.

L'auteur reconnaît tous les facteurs désignés par les cliniciens comme causes possibles, il s'occupe de l'accès en lui-même, — c'est une névrose cérébrale. Une irritation des centres visuels intra-cérébraux, crée des images analogues à celles que déterminent les excitations lumineuses périphériques chez l'individu sain.

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC

Si les détails diffèrent, l'ensemble du tableau est sensiblement le même dans tous les cas de terreurs nocturnes.

Pendant les premières heures de la nuit, l'enfant (1) se réveille brusquement avec un cri d'effroi, il se dresse sur son séant, se cambre dans une attitude de défense, la sueur perle à son front, sa tête est brûlante, son œil fixe. Toujours criant ou gémissant, il saute hors de son lit, ou bien se cramponne aux barreaux, à un meuble voisin. Les battements de son cœur sont plus forts, plus fréquents, sa respiration inquiète, il est dans une anxiété extrême, sa gorge se serre. Les parents s'approchent qui veulent le calmer, il les repousse, ne les reconnaît pas; ou bien s'il accepte leur protection, il n'en continue pas moins son accès par des plaintes précises ou des paroles incohérentes en fixant un point de la chambre. Lentement la terreur décroît, le calme revient après dix à quinze minutes.

Les images qui affectent l'enfant sont assez variées. Dans un grand nombre de cas, il voit des animaux menaçants, ce sont des chiens, des chats ou des bêtes fauves qui se précipitent sur lui.

(1) De 2 à 10 ans surtout.

D'autres fois, des camarades de l'école, gamins armés de pierres s'avançant d'un point de la chambre vers son lit. Ou encore le sujet est affligé par la vue d'un fantôme, d'un personnage fantastique, d'un diable. Dans un cas curieux dont nous rapporterons l'observation, c'est une série de maisons renversées qui obsèdent l'œil de l'enfant, avec de grandes colonnes de chiffres à additionner. Cette forme de préoccupation effrayante est rare. Le plus souvent, il s'agit d'un danger imminent auquel l'enfant ne peut se dérober.

La terminaison de la crise est marquée par une émission d'urine claire.

Steiner (1) a donné une observation typique que nous citons pour son ensemble symptomatique.

V. N..., petite fille âgée de 5 ans, de constitution délicate, sujette aux ophtalmies scrofuleuses, se couche après avoir mangé de bon appétit comme à l'ordinaire et avoir joué tranquillement pendant une heure avec son frère, après son repas du soir. Elle dort d'un sommeil calme et paisible pendant 2 heures.

A ce moment, un cri perçant retentit dans la chambre à coucher des enfants. Les parents accourent en toute hâte et trouvent la petite fille, dressée sur son séant, poussant des gémissements et des cris, tantôt les mains levées et jointes, comme pour implorer du secours, tantôt les bras étendus, comme pour repousser violemment un objet, et s'écriant sans cesse : « Mon Dieu ! Mon Dieu ! oh ! ma mère, ma mère ! »... etc. Les traits expriment la terreur, le front est baigné de sueurs, la tête est chaude et brûlante, les yeux ouverts, tantôt hagards, semblent fixer un objet effrayant, tantôt animés de mouvements désordonnés, ne cessent de rouler dans leurs orbites. Les pupilles sont légèrement rétrécies, les battements du cœur tumultueux et énergiques, le pouls accéléré, la température du corps restant normale.

En même temps, l'enfant ne paraît pas avoir conscience de ce

(1) Steiner. Das næchtliche Aufschreckender aufkreischenderkinder Jahrbu. f. kinderheilk, déc, 1874.

qui se passe autour d'elle, elle ne reconnaît plus ceux qui l'entourent, et reste absolument sourde aux paroles de ses parents, comme insensible à leurs caresses. Tous les efforts pour la rassurer et pour dissiper ses craintes chimériques restent impuissants. L'enfant semble toujours sous le coup de l'impression terrifiante qui la frappe ; elle continue à crier, à pleurer, à gémir jusqu'à ce qu'enfin le calme revient après de longs sanglots. Déjà elle reconnaît ses parents, se jette dans leurs bras comme pour implorer leur appui et leur protection contre l'ennemi imaginaire qui la menace et l'épouvante ; elle les supplie de rester auprès d'elle et de ne pas la laisser dans l'obscurité.

Enfin l'accès de terreur cesse peu à peu, l'enfant s'assoupit et dort tranquillement jusqu'au matin.

Interrogée, à son réveil, sur la cause de ses cris et de ses larmes, l'enfant ne se souvient de rien de ce qui s'est passé, de ce qu'elle a vu, entendu ou éprouvé ; elle a tout à fait oublié son affreux cauchemar, ses rêves, ses frayeurs et ses cris. Le lendemain, elle ne ressent ni douleurs, ni fatigue et reprend ses jeux comme à l'ordinaire. Ce bien être dure huit jours sans que rien ne vienne troubler le repos de ses nuits ; au bout de la semaine, dans la soirée, vers 10 heures, et sans cause appréciable, l'accès reparaît et se reproduit vers minuit, mais avec une intensité et une durée moindre que la première fois, d'ailleurs avec les mêmes phénomènes et la même évolution. Quatre jours après, nouvel accès ; puis un temps d'arrêt de 8 semaines et ainsi de suite. Depuis près de deux ans, les crises nocturnes se reproduisent avec la même périodicité.

Les accès n'ont pas toujours la même intensité. Chez quelques enfants, c'est un simple réveil en sursaut avec cris, après quelques regards effarés autour d'eux, ils retrouvent le calme et se rendorment.

La durée moyenne est de dix à vingt minutes, deux ou trois dans les cas peu aigus, une demi-heure dans les grands accès.

La répétition dans la même nuit est exceptionnelle, on cite cependant le fait d'un sujet atteint 7 ou 8 fois

avant son réveil. La fréquence est relative, les crises sont isolées ou répétées toutes les nuits à la même heure pendant quelques semaines, généralement. West en a noté la reproduction pendant toutes les nuits d'une dentition laborieuse qui dura 12 mois.

La question qui directement vient à l'esprit en présence de ces troubles est-celle-ci : l'enfant est-il halluciné ou bien rêve-t-il ?

« On ne saurait déterminer si l'enfant dort ou veille « quand il est en pleine terreur. Il ne dort pas parce « qu'il fait alors beaucoup de choses qu'il ne pourrait « faire dans le sommeil et parce que les excitations qui « réveillent ordinairement le dormeur ne le réveillent « pas. D'un autre côté, il ne veille pas parce qu'il ne « perçoit pas le monde extérieur ou bien ne le perçoit « que très confusément. La seule chose qu'on puisse « affirmer c'est qu'il est dans un état pathologique qui « serait ni la veille ni le sommeil, ni même l'intermé- « diaire entre ces deux états (1) ».

On a dit que le rêve de l'enfant se prolongeait et persistait pendant la veille. Le problème n'est pas résolu. Nous accepterons toutefois l'avis des aliénistes qui pensent que le rêve est le type physiologique de l'hallucination.

L'enfant en général ne reconnaît pas ses parents, continue ses larmes devant eux, sa conscience est donc abolie ou limitée.

A quoi ressemblent surtout les terreurs ? Au cauchemar alcoolique : si la sensation de pesanteur à la région

(1) Hesse. Ueber das nachtliche aufschreken der kinder im schlafe. Altembourg, 1845.

épigastrique avec constriction à la gorge fait défaut dans certains cas, c'est presque toujours la forme d'un animal, chat, chien, cheval, lion, ou petites bêtes (hannetons, punaises), qui affecte l'œil de l'enfant. Ou bien il s'agit d'images puisés dans la vie journalière, de même que l'alcoolique à des rêves professionnels.

Il y a aussi une similitude entre les accès de pavor et certains auras psycho-sensoriels, nous verrons ailleurs la parenté de ces états.

S'il est vrai qu'on *n'invente rien dans le rêve* et que l'hallucination se forme d'un groupement d'objets latents dans nos centres qui s'associent en images sous certaines influences, d'après ces données, on doit retrouver dans la vie de l'enfant les éléments qui forme la terreur nocturne. L'étoffe se tisse dans la journée, avec les lectures, les menaces des parents, des maîtres, les scènes violentes, les frayeurs d'animaux.

Ceux qui croyent que l'image terrifiante, est évoquée d'une façon toute psychique, sans cause somatique, ont dit que l'anxiété était due à la perception du danger auquel le sujet ne peut se soustraire. Dans la veille, on retrouve le calme devant le danger avec les réactions de défense, les mouvements de recul. On dit aussi qu'on peut : « considérer l'effroi comme un réflexe com-« pliqué, une sorte d'exagération du mouvement de « défense des grenouilles décapitées, pour le vaincre ou « l'atténuer il faut l'intervention de l'agent qui lutte « d'habitude contre les réflexes, de la volonté » (1).

(1) A. Olivier. Les terreurs nocturnes chez les enfants, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août, 1889.

Ces interprétations n'ont aucune portée clinique. La chose grave qui frappe et semble être initiale, c'est la constriction, l'étouffement, la sueur abondante, l'anxiété angoissante. Elle ne fait défaut que dans les cas où la terreur sert de symptôme aux névroses.

Le diagnostic se fait assez facilement d'après le caractère de la crise.

L'enfant n'a pas de fatigue, de torpeur intellectuelle comme dans l'épilepsie franche, il n'a pas non plus de morsure de la langue, ni d'émission involontaire d'urine.

Du somnambulisme si voisin dans le cadre neuropathologique, la terreur se distingue aussi. Le somnambule se livre à toutes les occupations de la vie, fait son rêve en action, n'a pas de sensation douloureuse ou rarement, ne fait jamais de récit au réveil, ce qui peut arriver après le pavor. Le somnambulisme se rencontre surtout à la puberté. On l'a cependant observé quelquefois à la suite des terreurs et avant ces accès chez certains sujets.

Le pavor se distingue du cauchemar alcoolique par la persistance de certaines hallucination qui se reproduisent dans tous les accès. Chez l'alcoolique, les scénes terrifiantes se succèdent avec une mobilité très grande, et se contredisent.

REVUE DES CAUSES. — LEUR VALEUR

On a souvent divisé les terreurs nocturnes en idiopathiques et symptomatiques.

Les premières se présenteraient communément chez les enfants de constitution délicate, facilement excitables. Ce serait une excitation anormale du centre cérébral, qui ne laisserait à sa suite aucun souvenir. Dans quelques circonstances, l'émotivité morbide se développerait sous une influence subjective, sans être provoquée par une cause venue du dehors. L'état spécial de la cellule sensorielle qui constitue cette émotivité morbide, pourrait ainsi parfois s'établir spontanément.

Par contre, le groupe des terreurs symptomatiques serait constitué par les accès d'origine réflexe dûs particulièrement aux irritations terminales du nerf pneumo-gastrique.

Pour nous, il s'agira surtout d'enfants n'ayant à première vue aucun trouble grave.

Il n'y a, à notre avis de terreurs symptomatiques que celles relevant d'un état fébrile alors, elles s'associent intimement au délire, ou encore celles qui dépendent d'une névrose ou d'une maladie cérébrale, et nous les verrons dans notre chapitre suivant.

Il n'y a pas d'autre part de terreurs vraiment idiopathiques, c'est-à-dire, phénomènes pathologiques essentiels, indépendants. Si elles surviennent, c'est en raison d'une anomalie, d'une morbidité de certaines fonctions. Et, chez un enfant, on verra le plus souvent ces accès s'accorder avec tels autres phénomènes nerveux quelquefois peu apparents.

Une cause est absolument nécessaire, et les auteurs discutent sur les affections auxquelles on doit les attribuer d'une façon certaine.

Nous allons voir les états pathologiques ainsi mis en cause, et apprécier ensuite leur rôle dans la pathogénie de ces phénomènes.

On comprend la facilité des phénomènes d'irritation chez l'enfant, dans le développement encore incomplet des centres. Les cellules nerveuses ont chez lui une extrême impressionnabilité et les réactions sont continuellement vives. Les deux phénomènes pathologiques les plus importants sont les *convulsions et les terreurs*. Pour certains auteurs, il y a identité d'origine. On a écrit de la terreur qu'elle était une convulsion morale.

Dans un cas, les centres psycho-sensoriels seraient affectés par la sensibilité qui s'exprimerait dans l'autre en affectant les centres moteurs.

On n'a pas cité l'accès de pavor produit par l'éclampsie, qui est l'indiscutable origine de la convulsion.

Nous nous en tiendrons-là de cette analogie qu'il serait difficile de poursuivre dans la pathogénèse.

Au premier rang parmi les facteurs invoqués, nous trouvons les *troubles de l'appareil digestif.*

Les cliniciens de tous les temps ont noté l'action très puissante des phénomènes dyspeptiques chez les nerveux. Ce sont des accès de somnolence, des dyspnées ou des syncopes, des états psychiques variés, produits par les troubles digestifs. Les vertiges et les accidents hystériformes suivent. D'une façon plus lointaine, s'établissent des modifications importantes dans la circulation cérébrale, cette stase du sang veineux que Lasègue appelait « oligamie ». Ce sont aussi des fermentations qui agissent, des toxines allant imprégner les centres.

Chez l'enfant, les terreurs se manifestent aux heures où selon Germain Sée, surviennent les troubles du sommeil chez les dyspeptiques adultes. L'accès arrive deux heures et demie ou trois heures après le dernier repas. Jules Simon, pour cette raison, donnait aux mères le conseil de ne pas faire dîner les enfants le soir. Debacker rapporte quelques propos de ce maître :

« A chaque instant on viendra vous dire :

« Monsieur, mon enfant dort mal, il se réveille en « sursaut..... il a des cauchemars, il crie, il parle tout « haut ».....

« La première question à faire est celle-ci :

« Comment le nourrissez-vous ?.....

« Comment va-t-il à la selle ?.....

« On vous répondra le plus souvent qu'il y va rare- « ment ou que ses matières sont dures, plus rarement il y « aura diarrhée, quelquefois les aliments sont rendus « tels qu'ils ont été absorbés ».

La lientérie, la constipation, la diarrhée, si souvent

rencontrées dans l'enfance paraissent en effet donner naissance aux terreurs.

Il n'existe cependant aucune relation constante entre ces ordres de phénomènes, et déjà, nous affirmons ici, la nécessité d'une situation particulière de l'encéphale, d'une réceptivité.

La *dentition* a été souvent mise en cause. Les premières incisives se montrent du sixième au huitième mois, viennent ensuite les incisives supérieures du dixième au douzième mois. C'est du quatorzième mois au seizième qu'apparaissent les deux incisives latérales, et les quatre premières molaires. Ensuite, du vingtième au vingt-deuxième mois sortent les quatre canines. Les quatre molaires enfin, du trentième au trente-sixième mois. Ce sont les époques à redouter.

Le désordre des fonctions digestives si fréquent alors est-il responsable des cas de terreurs, ou bien s'agit-il d'une irritation gingivale qui retentit ?

Si la gastro-entérite est assez généralement incriminée, il ne reste pas moins sur le compte de l'irritation locale un grand nombre de faits.

Les gencives sont tuméfiées, surtout s'il s'agit des molaires, quelques aphtes se montrent çà et là, la langue est couverte d'un mucus blanc. L'enfant suce avec exaspération, il repousse les aliments chauds et préfère les froids. La terreur paraît toujours avec ce cortège assez symptomatique, elle est plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Ces accidents sont rares dans l'allaitement au sein accompagné de bonnes conditions hygiéniques. Ils

peuvent cesser si l'on ménage à propos une scarification.

On a beaucoup moins à redouter de la seconde dentition; toutefois, West (1) rapporte l'observation d'un enfant de 7 ans qui, pendant les douze mois que dura le travail de sortie des dents permanentes, subit des terreurs.

L'irritation des organes digestifs due à la présence de parasites a été signalée parmi les causes importantes de pavor nocturnus.

Les *vers intestinaux* sont souvent difficiles à déceler, aucun signe ne vient accuser leur présence, ils agissent ainsi impunément dans la majorité des cas.

Les *ascarides* sont les plus nombreux et les premiers à assiéger les intestins de l'enfant.

Debacker indique qu'on doit les craindre : « quand « appelé pour constater et calmer des terreurs noctur- « nes, on rencontre un enfant au teint blême, terreux, « qui pâlit et rougit tour à tour, dont les yeux ternes « et humides, sont entourés d'un cercle bleuâtre, qui a « des démangeaisons dans le nez, des grincements de « dents dans un sommeil en apparence calme, une « odeur aigrelette et fade de l'haleine (2). »

Les *oxyures* sont particulièrement les hôtes des fillettes lymphatiques et nerveuses, ils produisent des déman-

(1) Ch. West. Maladies des enfants. Lecture XVI. Traduct. Archambault, 1875.

On a découvert récemment qu'ils agissaient par des toxines élaborées dans l'intestin autant que par l'irritation de cet organe.

(3) Debacker. *Loc. cit.* Thèse 1881.

geaisons au pourtour de l'anus et aux parties génitales.

On n'a cité le *ténia* agissant sur un enfant atteint de terreur, qu'une seule fois. Debacker, qui rapporte le fait, ajoute que les accès ont cessé après l'expulsion complète.

Les troubles de la nutrition survenant dans le cours, ou mieux au début et à la période de convalescence, des *maladies infectieuses* ont été incriminées dans la genèse des accès de pavor. L'équilibre entre la déassimilation et l'assimilation, qui est la condition du bon fonctionnement des organes étant rompu, le champ est ouvert aux désordres. La circulation cérébrale est modifiée par les produits toxiques, tandis qu'on a une hyperémie vaso-motrice.

Chez l'adulte, l'organisme réagit en produisant un délire, modalité nosologique qui équivaut à l'accès de terreur ou à la convulsion suivant les idiosyncrasies particulières, chez l'enfant.

C'est surtout dans les maladies infectieuses dont le début est brusque, l'élévation de la température rapide. la *pneumonie*, par exemple, que la terreur nocturne survient par crises isolées, uniques souvent.

Dans la convalescence de la *fièvre typhoïde* c'est aussi une complication fréquente.

Debacker (1) rapporte d'après Thore, l'observation d'une petite malade arrivée au quatorzième jour depuis la chute de sa fièvre qui se réveilla tout à coup, une nuit, se voyant entourée d'hommes menaçants, aux figu-

(1) Debacker. *Loc. cit.*

res effrayantes. « M. Thore qui la voit le matin de bonne-
« heure, la trouve encore sous l'influence des halluci-
« nations nocturnes : ses yeux sont hagards ; elle est
« fort agitée et exige qu'on ne la quitte pas un instant.
« Elle est sans fièvre. — Elle avait paru très émue la
« veille à la nouvelle brusque de la mort d'une petite
« fille, son amie.

« Ces terreurs se reproduisent deux ou trois fois. Ici
« l'impression reçue par une fâcheuse nouvelle a suffi
« pour troubler l'équilibre de ce petit cerveau ; évi-
« demment la fièvre typhoïde, maladie où la déassimi-
« lation est si complète, avait préparé le terrain en le
« privant de nourriture ».

M. Thore s'occupa aussi de ces accès dans la *pneumonie* et dans une autre observation citée encore par Debacker nous voyons un jeune garçon de cinq ans arrivé à la fin de cette maladie dans sa forme franche aiguë, qui est pris d'une crise d'agitation extrême au milieu de la nuit. Ce sont des rats et des chats qui l'obsèdent, il voit aussi des personnes qui veulent l'emporter. Ceci, sans température avec un pouls régulier. « D'où pouvaient provenir des accidents ner-
« veux si étranges, si ce n'est de l'inanition où la
« pneumonie laisse l'économie toute entière après son évolution ? ».

On a prétendu, à l'encontre de cette conception, que les pavor nocturnus de la pneumonie naissaient sous l'influence des doses élevées d'alcool absorbées en médication. Le fait de la dénutrition reste seul important et

l'affection qui nous occupe appartient encore à tous les états dyscrasiques.

Les auteurs trouvent encore les pavor dans la *chloro-anémie*. Il y aurait alors une irrigation insuffisante des centres.

La *chloro-anémie*, le *travail de la puberté*, la *dysménorrhée* et la *leucorrhée*, sont en effet des états particulièrement favorables à la production des terreurs nocturnes.

Chez la jeune fille, à l'époque où s'organise la *menstruation*, on assiste à des troubles du caractère, à des accès de tristesse, à de brusques changements d'humeur, enfin à des accès de pavor, la nuit est troublée par des apparitions d'hommes blancs, tachés de sang où souffrant de blessures. Les sujets atteints sont de préférence ceux chez lesquels l'ovulation se fait mal.

Chez le jeune homme, la *puberté* s'établit souvent au préjudice d'une parfaite santé. Elle est marquée par une débilité passagère très propice aux accès qui nous occupent. De même, les habitudes d'*onanisme* chez beaucoup de sujets, favorisent les terreurs.

C'est là aussi par une action déperditrice, que le système nerveux subit une inanition pernicieuse. On peut encore rapprocher de ces états, le surmenage et l'inanition physiologique par privation alimentaire.

Dans toutes ces circonstances, il s'agit sans doute davantage de délires hallucinatoires que de pavor caractérisé.

Au premier rang, dans la série des *intoxications* produisant les terreurs, nous devons aborder l'*alcoolisme*.

Nous allons voir ici son activité directe, immédiate en réservant pour la suite sa forme latente, héréditaire.

Comment et dans quelles circonstances, l'enfant subit-il l'intoxication de l'alcool ?

Lisons le tableau saisissant que Jules Simon a dessiné :

La chose se passe dans une famille d'ouvriers :

« Le père revient à la maison, il a reçu sa paye, « c'est dimanche, il a déjà bu son contingent avant son « retour au logis, il est gai, surrexcité. On se met à « table, le vin frelaté que l'on boit à Paris est l'unique « boisson du repas. L'enfant est sur les genoux de sa « mère ou dans sa grande chaise, il a deux ou trois, « peut-être cinq ans, il mange, il boit avec ses parents « il faut même qu'il prouve qu'il est un *petit homme*, « et qu'il sait déjà trinquer, cela fait plaisir au papa. « Et voilà comment, peu à peu, surviennent les abus « des enfants eux-mêmes, succédant à ceux du père, « peut-être de la mère.

« Tout va bien d'abord, l'enfant prend un teint frais « et rose, il est gentil, il engraisse, mais après un cer- « tain temps, la graisse s'amasse un peu partout, et les « troubles dyspeptiques surviennent quand ils ne sont « pas précédés, comme il arrive le plus souvent par les « accidents cérébraux » (1).

Ailleurs c'est un nourrisson qui s'éveille la nuit avec des cris violents et un regard fixe, on interroge la nour-

(1) J. Simon. Clinique rapportée par Débacker.

rice, on l'observe et on retrouve chez elle des habitudes d'intempérance.

On a encore cité des cas de malheureux enfants nourris de pain trempé dans de l'alcool et subissant des rêves terrifiants après ces repas.

L'intoxication saturnine a pu aussi être invoquée.

On en a pas éxactement défini le mécanisme. Le nombre est considérable des objets dans lesquels se trouve employé le plomb et dont l'usage est journalier pour l'enfant. Ce sont les jouets en caoutchouc, les sucreries coloriées, les vases étamés. Les maisons fraichement décorées peuvent être aussi rendues responsables. De même les poteries vernissées avec un mélange de litharge et de minium, ou encore le pain cuit dans un four chauffé par un bois peint, produit de démolitions.

Le biberon peut également être dangereux par son carbonate de plomb associé à des traces d'oxyde de zinc.

Sous l'influence saturnine, le sommeil est agité, troublé par des hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouie.

L'intoxication par les *solanés vireuses*, belladone, et datura stramonium, est mentionnée au même titre,

Avec les terreurs, on a alors toute la série des phénomènes concomittants, accélération du pouls, dilatation de la pupille, rougeur et sécheresse de la gorge.

Jules Simon, pour les cas ou la belladone est ordonnée formulait quelques conseils et disait : « Un enfant a la « coqueluche, vous lui donnez de la belladone en tein- « ture et de l'aconit, c'est très bien ; mais voyant la

« bronchite prendre de l'extension vous donnez un vomi-
« tif à l'ipéca. La mère que vous n'avez point préve-
« nue, voit une heure après les vomissements les quin-
« tes de toux revenir, et dès lors elle reprend son sirop
« belladoné si efficace. Presque tout à coup survient
« une sorte d'ivresse de l'enfant, il a des hallucinations
« et surtout, si c'est le soir qu'on lui donne la belladone,
« il a des terreurs, quelquefois très intenses. Il faut
« donc avoir soin de faire suspendre le médicament
« belladoné pendant les vingt-quatre heures qui suivent
« l'administration du vomitif, car l'absorption et la dif-
« fusion de ce médicament sont alors beaucoup plus
« actives. »

Le même auteur a observé des accès dûs à l'usage du *sulfate de quinine*.

Les manifestations hallucinatives produites par l'*opium* la *morphine*, le *laudanum*, tant à redouter chez l'enfant se distinguent très nettement des accès de pavor.

Les *dermatoses* ont aussi leur part dans la pathogénie de ces troubles. C'est l'irritation prolongée de la peau surtout dans le *prurigo* et la *gale* qui produit la terreur. On a relevé quelques cas causés par les parasites du cuir chevelu.

Les troubles circulatoires occasionnés par les *végétations adénoïdes*, *l'hypertrophie des amydales*, *l'obstruction des conduits auditifs* par des corps étrangers, ont pour certains, et Rey (1) en particulier, une importance de premier ordre. Les terreurs, pour cet auteur qui

(1) Rey. *Loc. cit.*

rapporte trente-deux cas, sont toujours la traduction d'une dyspnée, soit permanente, soit temporaire avec accès brusques d'origine réflexe. Si l'on supprime l'obstacle matériel, à la respiration, l'accès ne se reproduit pas.

Enfin, Debacker (1), dans son chapitre « causes difficiles à classer », réunit la *peur des ténèbres* ou *hypnophobie*, les hallucinations *d'origine palustre*, *l'état cérébral dans la chorée* et les *passions* chez les enfants, on n'attribue aujourd'hui, chez les sujets en proie aux terreurs aucun rôle au *paludisme*, nous ne le retiendrons pas dans notre revue. Nous réservons pour notre chapitre suivant *l'état cérébral dans la chorée*, toutefois nousdonnerons plus loin une observation familiale avec des tics choréiques chez le frère d'un enfant sujet aux peurs.

La *peur*, que nous croyons un sentiment inné, peut revêtir dans quelques circonstances une intensité très grande. Les parents agissent sur son développement en le réprimant parfois autant qu'ils l'accroissent en en faisant un moyen de coercition : « L'appréhension, la « crainte, les frayeurs restent pour toujours fixées dans « la mémoire comme un lierre fatal entortillé autour de « la raison » (Mosso) (2).

Les contes fantastiques, les croquemitaines, les diables, tyranissent surtout les cerveaux des enfants.

Debacker mentionne ces excitations de la peur enfan-

(1) Debacker. *Loc. cit.*
(2) Mosso. La peur. 1 vol., Alcan.

tine en leur accordant la production de pavor nocturnus, nous verrons leur vrai rôle.

Le même auteur donne aussi une valeur pathogénique aux passions.

« Une petite fille qui nous a été amenée par un de « nos amis, avait des hallucinations nocturnes à la suite « d'une offense grave de son petit cavalier dans un de « ces bals d'enfants où des parents aveugles et vani- « teux mettent à l'essai ou cherchent à développer des « passions naissantes. Convaincu de l'innocence, de la « pureté des jeunes valseurs, on ne se doute pas que ces « petits hommes portent dans leur cerveau un petit « monde d'idées semblables à celles qu'ils ont remar- « quées avec une perspicacité au-dessus de leur âge.

« Tel est le cas d'une enfant de onze ans, cité par « Sennert, qui fut prise d'idées de suicide après de « grandes terreurs pendant le sommeil pour avoir été « forcée de quitter un jeune garçon de douze ans avec « lequel ses parents l'avaient surprise (1) ».

Il faudrait connaître les antécédents de pareils sujets et trouver chez eux des signes, des stigmates de dégénérescence.

La jalousie est citée aussi, produisant « une contention d'esprit qui entretient la congestion de certains territoires ».

Telles sont les causes invoquées par les observateurs qui ont écrit sur les terreurs nocturnes.

On les a divisées en causes réflexes et toxiques. Cepen-

(1) Debacker. *Loc. cit.*

dant, les toxines agissent le plus souvent sur les centres après des troubles d'innervation vaso-motrice.

On a dit que leur action était permanente ou momentanée. L'activité de l'hérédité se révèle par une susceptibilité irritative, indispensable qui est la seule cause permanente.

Les autres causes sont actuelles, occasionnelles, immédiates, ne jouant que le rôle, si l'on peut ainsi dire, d'agents provocateurs.

Avec Steiner (1), nous aimons à affirmer la nécessité primordiale d'un trouble nutritif du cerveau toujours héréditaire. Les enfants affectés sont délicats, faibles, anémiques le plus souvent, ou bien présentent les signes certains de l'hérédo-alcoolisme ou encore ceux de la scrofule et du rachtisme.

On a donc exagéré, West surtout, l'importance pathogénique de troubles de la vie végétative dans l'affection qui nous occupe.

Pour créer la terreur nocturne, le parallélisme ou mieux la collaboration est nécessaire de la cause immédiate avec la réceptivité nerveuse héréditaire.

Les causes que nous avons passées en revues ont, nous pouvons l'affirmer, une valeur occasionnelle et ne peuvent donner l'accès de pavor à elles seules.

Dans la *gastro-entérite*, par exemple, cette complication est rare; car la toxine d'origine intestinale ne peut agir sans un terrain favorable. D'autre part, cette maladie frappe avec prédilection les fils d'alcooliques,

(1) Steiner: *Loc. cit.*

c'est dans les cas où elle atteint ces prédisposés que doit surtout naître l'accès de pavor.

On ne connaît pas d'observation incriminant d'une façon certaine la *dentition*. L'enfant placé dans de bonnes conditions d'hygiène et nourri au sein, fait ses dents sans aucune réaction nerveuse pathologique, s'il est fils de parents sains.

Les *vers intestinaux*, les lombrics, les oxyures, ont besoin pour agir d'une irritabilité primitive. Debacker (1) rapporte un cas d'enfant né d'alcooliques, qui, après des troubles nerveux graves, convulsions et terreurs, expulsa en présence de Lancereaux, deux lombrics. On aurait pu leur rapporter les terreurs, si l'intoxication alcoolique héritée, n'avait été au préalable établie. Cet exemple révèle le rôle d'une cause occasionnelle. Ici, c'est la présence du lombric, qui a donné aux centres l'impulsion nécessaire à la morbidité nerveuse latente. Beaucoup d'enfants, en effet, sont porteurs de vers intestinaux, d'ascarides en particulier et n'en éprouvent aucun trouble, on n'est quelquefois averti de leur présence seulement par leur évacuation spontanée.

Les phases de *dénutrition active* que nous avons relevées agissent sur l'organisme en exagérant la susceptibilité particulière.

Nous ne reviendrons pas sur les maladies infectieuses, elles produisent assurément des terreurs nocturnes dont le caractère parfois est celui d'un vrai délire.

C'est à une action modificatrice de la circulation céré-

(1) Debacker. *Loc. cit.*

brale ou bien à une intoxication passagère qu'on doit ces phénomènes.

Les *intoxications* donnent lieu à des terreurs nocturnes, dans certains cas, par leur seule et propre influence sur les centres psycho-sensoriels, mais dans ces circonstances, l'accès n'a pas la forme classique, il est très proche d'un délire. La belladone seule produit l'accès de pavor avec tous ses caractères.

A ceux qui font des *végétations adénoïdes*, la seule cause vraie des terreurs en répond aisément. Les enfants sont très nombreux à avoir des effrois nocturnes, et les végétations sont loin d'une pareille fréquence. On trouve beaucoup de sujets atteints de ces productions qui ont un sommeil très calme. Enfin on peut citer des cas où leur extirpation complète n'a pas fait cesser les accès de pavor. L'opinion est donc infirmée dans son absolu. L'importance causale de ces tumeurs est relative.

Voyons maintenant quel est le rôle exact de la *peur*. C'est un fait physiologique ; l'enfant a peur des animaux avant d'avoir acquis, par expérience, la notion de leurs malignités. De ce fait naturel, la mauvaise hygiène morale des parents fait naître le fait pathologique. On raille, par exemple l'enfant sur ses frayeurs dans l'obscurité, ou bien on le menace du cabinet noir, on crée l'*hypnophobie*. Il serait assez aisé cependant de vaincre ces craintes avec de douces paroles de protection, peu à peu on acclimaterait, on aguerrirait l'émotivité des jeunes cerveaux. Les sujets les plus peureux sont ceux dont les parents ont des tendances à la sévérité brutale.

Le docteur Sikorski (1) raconte l'histoire d'une petite fille de deux ans et demie, comme antécédents héréditaires, père et grand-père alcooliques. La mère dépravée et méchante. Le sentiment de la peur s'était tellement développé chez cette enfant, qu'elle ne pouvait rester un instant seul : « sa bonne ne pouvait la quitter « et devait même lui tenir constamment les mains dans « les siennes, sous peine de provoquer l'explosion d'un « accès de terreur épouvantable. Mais c'est surtout dans « l'obscurité que son anxiété devenait vive et présen- « tait une plus grande intensité ».

Debacker (2) après avoir donné la peur comme cause suffisante en fait ensuite seulement « l'essence » nécessaire de la terreur. C'est bien l'idée qu'il faut en avoir. On a cru à tort que le rappel d'une image suffisait si la suggestion de la journée avait été vive pour donner l'effroi nocturne. Il y avait là comme un simple rêve, les facultés de contrôle étant abolis, la terreur envahissait, c'était « une sorte d'exagération du mouvement de défense », tandis que la volonté qui lutte habituellement contre ces réflexes était abolie.

Le malaise irritatif suscite de préférence une image terrifiante, laquelle est indispensable. « Les fantômes « des nuits reproduisent des épisodes récents, des scè- « nes de la vie réelle ; l'enfant est effrayé par un cama- « rade qui s'avance vers lui, les poings fermés, le visage « courroucé (3). »

(1) Dr Sikorski. Développement psychique de l'enfant. *Revue philosophique*, mars 1888.
(2) Debacker. *Loc. cit.*
(3) Auguste Ollivier. *Loc. cit.*

La terreur de l'enfant est née dans sa vie de veille à l'occasion d'un objet que l'hallucination lui rend vivant dans son sommeil sous l'action des causes nombreuses que nous avons examinées.

C'est ce que nous avons vérifié dans les dix cas observés depuis environ un an à la consultation du docteur Dagonet à Sainte-Anne. Nous allons les citer sommairement à cause de leur similitude symptomatique, en nous réservant de reprendre trois d'entre eux particulièrement intéressants.

L. Eugène, 11 ans 1/2, rue Pernety, se lève la nuit, voit des hommes qui se jettent sur lui. *Père tuberculeux et éthylique.*

F... Marie, 9 ans, rue des Entrepreneurs, cauchemars, crie et se lève la nuit, *mère éthylique.*

C... Sidonie, 7 ans, rue Daguerre, cauchemars toutes les nuits.

L... Joséphine, 4 ans 1/2, route de Flandre. Pavor nocturnus, a une sœur de 12 ans 1/2, hystérique et qui a également des terreurs.

D... Henri, rue Vaudrezanne (voir plus loin), *père éthylique.*

L... Paul, 7 ans, rue de l'Étude. Pavor nocturnus, une heure après s'être endormi, est toujours turbulent, a des colères fréquentes, souvent même des mouvements convulsifs, des tics. Sa sœur de 11 ans 1/2, a des palpitations et des maux de tête.

D... Géorges, 8 ans, rue Bourgon, *grand-père éthylique.* (Voir aux Névroses.)

D... Georges, 9 ans, rue Hallé, cauchemars la nuit, débilité mentale, stigmates, dents crénelées, irritabilité. *Père nerveux.*

L... Louis, 12 ans 1/2, rue Boulard, crie et se lève toutes les nuits, se met à genoux, peut répondre aux questions, ne garde pas le souvenir de ses cauchemars. Il les a depuis cinq ans. Père

tuberculeux décédé. *Mère hystérique* qui a des attaques convulsives. Oncle somnambule. Après un mois de douches et de Kbr, dort bien, ne se lève plus la nuit.

P... Fernand, rue Jeanne-d'Arc, *grand-père éthylique* (voir plus loin).

Sur dix cas, nous relevons cinq fois l'hérédité alcoolique, dans les autres, des stigmates de dégénérescence, de névropathie, sinon une hérédité nerveuse.

Nous allons donner en détail l'observation des enfants P..., rue Jeanne-d'Arc, elle offre un grand intérêt.

Nous assistons dans une même famille à l'éclosion de pavor nocturnus chez un enfant, les mêmes accès apparaissant chez son frère, s'associent à des tics de chorée majeure.

P..., 7 et 9 ans; Fernand et Georges.

Le grand-père est mort *alcoolique*. Le père très nerveux, a des vertiges.

Fernand. Coqueluche, rougeole, bronchite, grippe, bacillose probable. Dentition pénible.

Végétations adénoïdes, a été opéré « on lui en a enlevé dix-sept morceaux, dit la mère ».

Caractère nerveux, émotivité marquée. Très peureux dans l'obscurité.

Les accès de terreur ont débuté à 16 mois, ils se reproduisaient d'abord plusieurs fois par semaine, au bout d'un an, ils ont été plus rares. Ils surviennent exceptionnellement aujourd'hui.

Au milieu d'un excellent sommeil, l'enfant se réveille dans une anxiété extrême, il appelle, il crie : « Ils vont me battre... chassez-les... », ces mots correspondent à la vision d'un groupe de gamins qui lui lancent des pierres.

Il ne reconnaît pas ses parents.

La terreur dure ainsi pendant dix minutes et ne laisse aucune trace. La mère a remarqué qu'elle pouvait la produire en touchant ou remuant son enfant dans le lit.

Georges, l'aîné, a des végétations adénoïdes aussi et « mal dans les oreilles, dit la mère ». Déformation de la voûte palatine.

Emotivité très grande.

Caractère emporté.

En classe, « trop avancé pour son âge ».

Impulsions graves, Il dit à son frère : « Si tu me fais mettre en colère, je te tuerai ». S'entend cependant parfaitement avec lui.

A 18 mois, avait des accès de pavor qui ont cessé.

Depuis cette époque, il a, à peu près tous les jours, plusieurs fois de suite, des accès bizarres pendant lesquels, sans perdre connaissance, il fait le moulinet avec le bras droit, il court et danse sur place, pleure quelquefois à la suite, assez longuement.

Boule à l'estomac ou mieux barre. A quelquefois l'accès de terreur dans la journée, s'il dort.

Il semble donc, d'après cette double observation, qu'il y ait une relation d'équivalence entre les pavor nocturnus et les tics choréiques. Ces troubles sont l'expression, la mise en œuvre de l'hérédité alcoolique, cause profonde. Il y a cette particularité à remarquer, que chez l'un des sujets, l'accès choréique a remplacé l'effroi nocturne.

Les végétations adénoïdes apparaissent dans ces cas et nous pouvons apprécier ici encore une fois la valeur de l'opinion qui leur rapportait tous les accès des terreurs nocturnes. Ces productions pouvaient jouer un rôle immédiat, une autre cause est venue ensuite pour déterminer les troubles.

Nous retrouvons ici la peur, élément indispensable. P... Fernand. est très peureux dans l'obscurité. C'est à sa vie scolaire qu'il emprunte l'image du groupe de gamins si menaçant dans ses nuits.

Dans une autre famille observée, la terreur chez un des enfants semble être l'équivalent nosologique de l'épilepsie du frère.

D.., Henri, 4 ans, rue Vandrezanne. Le père a des crampes

dans les mollets et des pituites. La mère est très nerveuse. Elle a une sœur épileptique. En venant au monde le sujet présentait un eczéma de la face qui n'a cédé qu'à un an. (On lui a attribué les terreurs). Constipation alternant avec des périodes de diarrhée verte dont une de quatre mois (on l'a encore incriminée). Émotif. Caractère très irritable.

Sommeil difficile. Réveil brusque, cris. On ne peut le calmer, il continue ses plaintes et pleure devant ses parents qu'il ne reconnaît pas. Ne peut dire l'objet de sa terreur. A des insomnies. La mère nous raconte qu'on lui fait peur en le menaçant de « croquemitaine » : « Il est tellement mauvais, dit-elle, qu'il faut bien l'effrayer pour le faire obéir ». Les nuits qui suivent les menace de venue du personnage fantastique, il a généralement un accès.

Son frère, 6 ans, est épileptique, il a eu sa première attaque dans une partie de campagne, l'aura fut une hallucination psycho-sensorielle. La famille compte encore un enfant sujet aux tics et à la toux nerveuse.

Ce qui nous frappe ici, c'est l'attribution des terreurs à la diarrhée verte, gastro-entérite, puis ou préalablement, à l'eczéma facial. Ces affections ont dû servir tour à tour de causes actuelles, les pavor sont produites ici sur le terrain d'hérédité qui formait l'épilepsie du frère aîné.

La peur semble avoir servi chez Georges de cause déterminante, après les menaces de croquemitaine, la nuit se troublait, chez lui, d'une terreur. L'évocation se faisait-elle spontanément ? Nous ne le croyons pas, il y a toujours une cause immédiate qui peut parfois n'être qu'une dyspnée passagère dans une chambre mal aérée, cette cause agit sur la prédisposition à l'éveil des images.

Dans la dernière famille observée, l'aîné est encore frappé par la névrose, le plus jeune est épargné, ne peut-on pas dire, grâce à ses terreurs ? Il nous est permis de nous demander si nous n'assistons pas, dans chaque fait de pavor, à une névrose qui tente de

de s'organiser ou qui avorte parfois, réduite à ce seul grand signe.

A. Ollivier a dit : « Si vous voulez donner un nom à cette débilité, dites que c'est une forme larvée de l'hystérie, et 99 fois sur 100, vous aurez raison (1) ». Nous acceptons la part de vérité contenue dans cette formule, en repoussant ce qu'elle a d'exagéré et d'exclusif. Ne pourrait-on pas dire avec autant de raison, d'après l'analogie de l'accès de pavor avec certains auras psychiques hallucinatoires, qu'il est une crise d'épilepsie larvée ?

Le voisinage familial, la fraternité des pavor avec toutes les névroses, permet l'affirmation d'une relation étroite. Nous l'avons dit, l'effroi nocturne semble être une névrose réduite, limitée dans de nombreux cas. Nous le verrons au chapitre suivant comme un des symptômes de début de névroses organisées, systématisées.

L'hérédité a le premier rôle dans la production de ces phénomènes, et nous la retrouverons toujours plus ou moins signifiée. Elle est souvent marquée par des stigmates, des tares sinon elle reste, le terrain obscur sur lequel une des causes dont nous avons discuté, va faire germer le phénomène des pavor nocturnus.

L'hérédité que porte l'enfant est là, près de sa source, comme disait Charcot, rien d'étonnant à la voir s'exercer ainsi. « Il n'y a pas aujourd'hui de maladie psychique, *sine matéria*, écrit Debacker » (2). Et il nous

(1) A. Ollivier. Terreurs nocturnes. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, août 1889.

(2) Debacker. *loc. cit.*

rapporte ces lignes du professeur Ball (1) : « Que faut « il donc pour qu'une impression élémentaire devienne « le point de départ d'une hallucination compliquée? « Il faut un terrain préparé . . . . . « il faut un cerveau doué d'une impressionnabilité suf- « fisante, pour que les trésors accumulés par l'imagi- « nation et la mémoire puissent aisément jaillir au « dehors sous l'influence d'une excitation.

. . . . . .

« Certains physiologistes qui s'intéressent à la psy- « chologie ont prouvé qu'on ne saurait jamais rien ou- « blier. Les traces des impressions antérieurement per- « çues s'accumulent dans nos cellules cérébrales, où « elles resteront indéfiniment latentes, jusqu'au jour où « une influence supérieure les évoque pour ainsi dire « de la tombe où elles dormaient ensevelies. . . . ».

. . . . . .

« Or, c'est précisément ce qui arrive dans l'hallucina- « tion, c'est l'irruption de l'inconscient dans le domaine « de la conscience. Mais, sans une *prédisposition* « *spéciale*, ce phénomène ne saurait se produire (2) ».

Cette prédisposition, nous la rencontrons dans l'hérédité et particulièrement dans l'hérédo-alcoolisme car l'enfant a fait choix pour le pavor, d'images portant le cachet des rêves de cette intoxication. Ce sont des animaux, chats, chiens, loups, bêtes féroces. C'est toujours un objet conservé par la mémoire, rarement créé par

(1) Rapporté par l'auteur précédent.
(2) In thèse Debacker, page 105.

l'imagination, qu'une excitation d'origine circulatoire toxique ou réflexe, fait jaillir hors du cerveau suffisamment propice à l'impression.

Sur le processus de ces états, une des dernières théories les plus séduisantes est celle de Soltmann.

Par suite d'une susceptibilité congénitale, ce qui serait pour des éléments nerveux bien constitués une excitation physiologique devient pour eux une irritation morbide.

« Les accès doivent être envisagés comme des phéno-
« mènes périodiques d'irritation dans le domaine du
« nerf optique et notamment de ses territoires sensoriels
« centraux (pulvinar, corps quadrijumeaux, écorce céré-
« brale occipitale), selon la loi de l'excentricité ces
« phénomènes se trouvent projetés vers la périphérie
« du champ visuel et sont d'autre part engendrés, d'une
« façon réflexe, par une interprétation morbide d'exci-
« tations sensorielles périphériques, quelque soit l'or-
« gane dont émanent ces dernières. . . . . .

. . . . . .

« Il ne doit pas être rare de voir la source de l'irri-
« tation avoir son siège dans les milieux optiques . . .

. . . . . .

« Il est aisé à comprendre que, pendant le sommeil,
« lors de l'occlusion des yeux, le réflexe (c'est-à-dire
« l'accès) provoqué par des irritations internes prenne
« facilement naissance car, la perception visuelle,
« faisant défaut, ne peut pas entrer en jeu pour l'entraver

. . . . . .

« Pas de terreurs nocturnes naturellement là où il

« n'existe point de sentiments de crainte, ni rêves, ni « visions effrayantes. Sous l'impression de sensations « agréables dans leurs rêves, les enfants sourient. Je « n'ai jamais entendu parler de pavor nocturnus chez des « enfants atteints de cécité congénitale. Si d'ailleurs « dans le cerveau ce sont les produits de la fatigue « (créatinine) qui jouent le rôle principal . . . . . « ou si ce sont, en général, toutes les conditions provo- « quant une augmentation et diminution des produits « d'oxydation dans le cerveau, cette question doit « demeurer indécise (1) ».

Le professeur Soltmann conclut à une névrose cérébrale, hypéresthésie permanente du nerf optique.

Nous ne pouvons accepter comme dfinitives ses propositions. Elles nous semblent un peu schématiques.

Le fait essentiel, c'est l'irritation, dont les causes sont variées, et qui agit sur des élément nerveux morbides, imprégnées d'images terrifiantes.

(1) Soltmann. Nicht terrors *Brit. med Journ.*, 11 juin 1898. — Traduit dans les *Annales de méd. et de chir. infantiles*, septembre 1898.

TERREURS NOCTURNES EN RAPPORT AVEC LES NÉVROSES ET LES MALADIES CÉRÉBRALES

Nous avons vu l'hérédité morbide se manifester par des terreurs nocturnes sous l'influence de causes diverses agissant sur un enfant qui paraissait jouir jusque-là d'un organisme sain.

Les parents dévoilaient alors l'intoxication originelle et si on observait le jeune sujet, on le trouvait souvent marqué, mais dans sa vie mentale seulement. Il faisait partie de ce qu'on a appelé la famille névropathique, ses frères étaient épileptiques, choréïques ou hystériques. Malgré l'avis d'Hénoch (1) qui repousse toute idée de relation entre le phénomène de pavor et les névroses, la parenté est étroite.

Les termes les plus simples de l'hérédité morbide sont le déséquilibre, l'irritabilité du caractère, la précocité, l'émotivité vive. Ces irrégularités plus accusées, forment l'état mental du dégénéré. Physiquement il présente des malformations du crâne, des anomalies dentaires, il bégaye, il est atteint de strabisme. Morale-

(1) Henoch, *loc. cit.*

ment, ce sont encore chez lui, bizarreries, écarts de conduite, passions violentes se détachant en relief sur un fond de débilité et formant bientôt des psychoses définitives. L'accès de pavor n'est pas chose rare dans un pareil cortège.

La tare héréditaire s'organise généralement d'une façon plus spéciale. Si on admet aujourd'hui que les les névroses relèvent de la dégénérescence et n'en sont que des modalités, on ne peut toutefois laisser ce terme si compréhensif empiéter sur les formes de ces maladies bien définies.

L'enfant chez lequel on constate une mobilité, une instabilité psychique particulière, des anxiétés, des vertiges, des palpitations, de l'irritabilité vaso-motrice, des phobies, est-il un *neurasthénique*? Charcot lui a toujours refusé ce qualificatif nosologique. Pour lui, la neurasthénie est une affection dans laquelle agissent le surmenage, le développement, la dénutrition et un élément intellectuel ou moral, le plus souvent la conscience de la dignité, la responsabilité des actes.

Il nous importe peu de chercher si à l'ensemble de troubles nerveux signalés nous devons l'étiquette de neurasthénie comme le pense Sænger (1), ou bien s'il faut dire *nervosisme*, simplement. L'essentiel ici est de noter les insomnies typiques, les désordres graves du sommeil. Le sujet se réveille dans un état de malaise anxieux, il se retourne dans son lit, sa salive abondante le gêne, il crie, subit souvent de véritable accès de ter-

(1) Saenger, *Société médicale de Hambourg. Deutsche médinische Worchenschrift*, 13 et 25 octobre 1898.

reurs avec visions menaçantes. Lisons la très excellente définition de ces états et l'origine de leurs pavor nocturnus dans Debacker :

« Le nerveux (ou le neurasthénique) consume, pour « ainsi dire son existence à passer tour à tour par ces « deux phases, excitation et dépression.

. . . . . .

« Les effets de surexcitations venant se joindre les « uns avec les autres, il y a chez les nerveux le sur- « menage de l'intelligence et des facultés senso- « rielles, autrement dit, dépenses exagérées d'acti- « vité, recettes insuffisantes, l'équilibre se rompt et « dès lors, les hallucinations, les terreurs nocturnes, « ont leur place toute marquée, dès qu'une cause déter- « minante survient : chez l'un, cette cause sera une « frayeur, c'est le cas d'un enfant que nous citait « M. Jules Simon, qui avait eu une grande peur, d'un « train sortant tout à coup d'un tunnel et qui vit pendant « longtemps des chars de feu qui sortaient de terre. « Chez un autre, la cause sera une émotion affective, « comme cet enfant désolé d'avoir quitté ses parents et « éprouvant pendant les premières nuits des hallucina- « tions, dans lesquelles des voleurs l'arrachaient violem- « ment à sa mère, chez un autre encore, les phénomènes « psycho-sensoriels éclatent après une vive répri- mande (1).

Sænger (2) a classé sous le nom de *hystéro neurasthénie* des états qui servent d'intermédiaire entre les

(1) Debacker, *loc. cit.*, p. 123.
(2) Saenger, *loc. cit.*

deux névroses. Les symptômes en sont multiples, le complexus se combine de façons fort variées. Ce sont par exemple des maux de tête, des douleurs oculaires avec photophobie, diminution du champ visuel, énurésie et terreurs. Ce terme d'hystéro neurasthénie est dévié du sens que lui ont donné Charcot et récemment Gilles de la Tourette (1). D'après eux c'est à la suite d'en choc, d'une grande catastrophe « chaque fois que le physique et le moral sont subitement et très violemment impressionnés » que se fait l'association spontanée des manifestations nerveuses des deux maladies. Elle comporte des cauchemars paroxystiques, mais il s'agit de sujets adultes.

La transformation des états définis plus haut en *hystérie* franche peut se faire sous des influences multiples auxquelles l'enfant est soumis.

Les chagrins de famille, les revers de fortune, les mauvaises habitudes morales retentissent puissamment sur le système nerveux des sujets déjà lourds d'une hérédité pathologique. C'est à la suite d'une maladie infectieuse parfois que s'établit cette névrose. « Ce sont « de gentilles fillettes de 8 à 12 ans, elles n'ont point « encore la sensation de la boule qui monte et les « étouffe, mais tantôt, elles éprouvent le sentiment « d'une brûlure à la figure, tantôt ce sera un point de « côté, une pleurodynie rebelle, des névralgies diverses, « bizarres parfois qui vous surprennent dans leur in- « constance. C'est là évidemment un excellent terrain

(1) *Les États neurasthéniques*, 1 vol. Baillière.

« préparé pour les hallucinations et terreurs pendant « le sommeil ».

« Que ces enfants de 8 à 12 ans entendent lire le « soir avant de se coucher la troisième page des journaux « toujours remplie de récits de crimes, dont les circons- « tances sont racontées avec un raffinement de détails « souvent horribles, la cause déterminante existe, et le « sommeil est troublé. Quand une éducation sérieuse « ne vient point avec les moyens hygiéniques, s'opposer « à ces natures nerveuses, l'hystérie n'est pas loin avec « toute ses conséquences, mais, si l'éducation est sage- « ment dirigée: il n'est point rare de voir toute cette « activité réflexe qui avait effrayé d'abord rentrer dans « l'ordre . . . . . »

Si l'*hystérie* se confirme, les terreurs accroissent leur fréquence et leur intensité, elles voisinent le somnambulisme. Le jeune sujet a sur le visage une expression vive et rusée, il est très intelligent et, a de la toux, la sensation de la boule, le tremblement des troubles de la vue, de l'aphonie, des contractures, des paralysies ou des anomalies de l'attitude. La terreur nocturne apparaît ici, tout à fait au début de l'hystérie naissante, l'enfant seul a ces accès d'effrois nocturnes dans cette névrose. Il parle la nuit, se lève et peut même commettre des actes, c'est une étape vers le somnambulisme, dans quelques cas.

Si l'accès nocturne sert de début à une attaque, à une

(1) Jules Simon, *Causerie du Mercredi*, rapporté par Debacker.

crise — il y a lieu de distinguer d'après le détail des signes, l'*hystérie* de l'*épilepsie*. La difficulté est grande et, si ces deux *névroses sont associées*, il est presque impossible d'établir ce qui dépend de l'une et de l'autre.

Nous savons quelles peuvent cependant rester distinctes dans leurs crises, en se joignant sur un même sujet qui a des crises d'hystérie et peut avoir des attaques d'épilepsie. D'autres cas semblent donner l'impression d'une conjugaison des deux paroxysmes.

Nous allons voir dans une observation assez caractéristique de Debacker comment arrive à se produire l'accès de pavor daus un de ces états de névroses unies.

Marie S..., est une enfant de 12 ans ; elle est à l'école des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul et paraît très avancée dans ses études. Elle habite aujourd'hui le nº 24 de la rue des Bernardins où ses grands parents sont concierges depuis bien longtemps. Cette enfant est née à Meaux d'un père alcoolique, dès avant son mariage. Sa seconde enfance s'est passée à Paris chez sa grand'mère qui l'a pour ainsi élevée avec une de ses tantes. L'éducation morale et physique semble avoir été très soignée ; point de camarades, point de distractions émotives, point de grandes joies ni de grandes peines. L'enfant avait 9 ans, quand sa mère vint la chercher pour habiter avec elle à Meaux,

Les conditions d'existence furent dès ce moment complètement changées, pour la petite fille. Elle avait un frère migraineux et et une petite sœur à soigner; en outre, elle faisait les courses, lavait souvent la vaiselle et se fatiguait énormément ; nous pouvons dire qu'il y eut à ce moment un peu de surmenage. Pendant ce temps, le père n'avait point négligé ses habitudes d'ivrognerie ; presque chaque jour il revenait ivre à la maison et avait « le vin mauvais ». L'enfant était dès lors témoin des scènes les plus tristes, sans cesse renouvelées. Un soir, plus irrité que de coutume, le père leva la main sur la mère et la battit violemment : la petite cachée n'osa point bouger. La grand'mère accourue de Paris, à la nouvelle de ce désordre la trouva sous l'influence de la plus vive excitation : « Oh ! si j'avais été plus grande, grand-mère, il y avait là un bâton ; j'aurais frappé sur ce vilain qui bat ma

nous dit elle-même qu'elle avait dormi dans ce bain. Elle n'a qu'un souvenir très confus de ses rêves effrayants.

Voilà ce qui concerne les accidents.

Si nous examinons avec soin le crâne de cette enfant, il y a une asymétrie bien évidente : le frontal est déprimé à gauche, et toute la face partage cette légère déviation ; c'est ainsi que nous avons pu la constater nettement sur l'os malaire ; et la ligne de la voûte palatine est bien certainement déviée vers le côté gauche.

Cette observation nous paraît avoir la plus haute importance, au point de vue de la genèse des phénomènes cérébraux. Nous voyons en effet une enfant de père alcoolique entrer dans la phase des maladies cérébrales par une sorte de gradation dont la frayeur marque le premier degré, le somnambulisme le second, les terreurs nocturnes le troisième pour aboutir à de véritables attaques épileptiformes, avec cette particularité qu'elles semblent avoir leur point de départ dans les ovaires.

Le tout confirmé par la découverte d'une asymétrie des os du crâne, du sommet de la tête et de la base.

L'enfant a 12 ans et quelques mois; elle n'est point réglée et rien ne fait prévoir qu'elle doive l'être bientôt; sa mère, du reste, l'a été fort tard. La dysménorrhée ne peut ici être mise en cause, et c'est évidemment du côté de l'encéphale qu'il faut trouver la source de ces accidents : La sensation de boule, d'étouffement qui semble monter et venir du ventre nous a fait penser que peut-être la compression des ovaires serait le moyen à conseiller, au début de l'attaque.

On comprend l'intérêt d'une pareille observation que nous avons tenu à reproduire comme elle se trouve dans la thèse de Debacker. L'aura ici est cet effroi nocturne qui pousse la petite fille à crier « au secours ». C'est dans les cas analogues qu'il convient de rechercher les signes essentiels de l'épilepsie.

Ce qui peut ici renseigner sur la nature des accès, véritables auras hallucinatoires, c'est l'hérédité alcoolique, le somnambulisme de l'oncle, l'asymétrie de la face, la marche graduelle de l'affection.

La frayeur, en effet, avait marqué le début, puis est

venu le somnambulisme, les terreurs nocturnes arrivent à la troisième période et elles précèdent les *attaques épileptiformes.*

Dans les cas examinés par nous se trouve celui d'un sujet faisant de fréquents accès de pavor nocturnus avant une première attaque d'*épilepsie franche.*

D..., Georges, 9 ans, rue Bourgogon.
Le grand-père était alcoolique : « le feu lui a pris dans le corps en allumant sa pipe ».
Le père tuberculeux et nerveux.
Caractére irritable. Colère.
Précoce en classe.
Lit beaucoup, a l'imagination active.
A dans parfois le jour des crises, marche, crie (sortes d'*auras* ambulatoires).
Quand il a eu des contrariétes la veille, « on est sûr qu'il aura des terreurs » dans la nuit. Il se réveille en proie à une anxiété extrême : Maman ! Maman ! » Il voit un chien menaçant.
Ces accès se reproduisaient d'abord plusieurs fois par semaine.
Cet hiver, attaque sur le bord de la Bièvre, il y tombe, sort de l'eau avec l'aide de ses camarades.
Depuis, plus de terreurs, il cause encore la nuit mais sans angoisse.
La grand'mère attribue l'attaque à l'impression bien vive de la mort de son père.
A une sœur très nerveuse, colères, — tremblements, étouffements.

De même, J. Simon citait le cas d'un petit malade qui se voyait d'abord menacé de globes de feu, les grands accès vinrent ensuite confirmer la nature épileptique des accidents.

« Parrot nous disait qu'il regardait le phénomène que « nous étudions comme analogue à l'énurésie ou émis- « sion nocturne des urines chez les enfants, et ajou-

« tait qu'il plaçait ces deux faits presque au même « rang . . . . . .

« Il arrive, en effet, très souvent que cette incontinence d'urine dite essentielle, est bien un signe avant-« coureur de l'épilepsie, ou bien elle est l'annonce d'un « accès épileptique qui finit ; c'est pour cela qu'il faut « s'en défier toujours (1). »

Dans *la chorée* on a souvent observé les hallucinations nocturnes, il s'agit alors d'une complication grave.

Elles sont rares dans la première enfance, plus fréquentes de 14 à 20 ans.

Leur caractère distinctif c'est de survenir le soir dans le premier sommeil. Elles se prolongent souvent fort loin dans la nuit. D'après Marcé (2) le malade n'aurait qu'à fermer les yeux pour les produire. Ce sont des objets effrayants, « fantômes, figures fantastiques, têtes de morts, croix, cercueils, cimetières, sorciers ; ou bien des animaux ; lions, loups, chats, chiens ». Ou encore apparaissent des figures amies, « des parents, mais très « malades, à l'agonie ou dans mille positions pénibles. »

Souvent la cause qui a produit la chorée retentit sur la nature de l'hallucination ; Marcé cite trois cas à ce propos : « Dans le 1er, la malade devient choréique « à la mort de sa sœur. Dans ses hallucinations elle « revoit la défunte. Dans la 2e, la malade pris de chorée à « la vue d'un chien, revoit cet animal chaque soir. Dans le « 3e enfin, la malade effrayée par la visite des médecins « les voit encore avant de s'endormir.

(1) Debacker, *loc. cit.*, p 113, 120.
(2) Marcé, *Mém. de l'Académie de méd.*, avril 1859.

« Si les malades atteints de ces hallucinations, vien-
« nent à ouvrir les yeux, ou bien elles disparaissent
« plus ou moins rapidement, ou bien elles se trans-
« forment. Elles peuvent réapparaître dès que le
« malade referme les yeux. En ce cas, ces hallucinations
« sont le point de départ de rêves terrifiants pendant
« lesquels les sujets crient, s'agitent et perdent finale-
« ment tout sommeil (1) ».

Ces faits sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons.

C'est sans doute le ramollissement des hémisphères, les embolies des corps striés et des couches optiques, l'inflammation des artères cérébrales constatées à l'anatomie pathologique qui donnent l'irritabilité psycho-sensorielle nécessaire.

Ce n'est pas dans la chorée à grands mouvements, mais bien plutôt dans celle à petits gestes, avec grimaces étranges de la physionomie que se rencontrent les accès de pavor.

Hesse considérait les terreurs nocturnes comme une des formes de la *manie transitoire*. Si les maladies mentales sont exceptionnelles dans l'enfance, on peut cependant rapporter les accès de peur dans certaines occasions à ce que Ball appelle « *la candidature à la folie* ». Les troubles du sommeil ont toujours retenu l'attention des aliénistes. Quand les fonctions cérébrales ont rompu leur harmonie, les désordres s'aggravent pro-

(1) Breton, *État mental de la chorée*, Thèse Paris, 1893.

gressivement. Le symptôme hallucination, — terreur a une première importance. Si du sommeil, il se transporte dans l'état de veille, il y a là, une «*persistance du rêve* qui caractérise l'aliéné ». Autour de son objet se fixe le délire. Les hallucinations les plus graves sont celles de l'ouïe, elles sont du pire pronostic. Si elles affectent un seul sens, la gravité est moindre surtout s'il s'agit de la vue.

Elles ont toujours une forme en rapport avec le délire. Si elles arrivent à se fondre, se mélanger, devenir contradictoire dans une « perturbation générale de la sensibilité, il y a tout lieu de craindre un affaissement plus ou moins complet de l'intelligence (1) ».

Il y a des enfants doués d'une grande précocité, admirés de leur entourage, montrés avec vanité par les parents comme des joyaux précieux, envahis subitement par des terreurs nocturnes à répétition. C'est consécutivement à une peur de la journée que la nuit est interrompue, le sujet entend des voix, des êtres menaçants surgissent devant lui. Le phénomène se reproduit bientôt en plein jour, accompagné d'idées fixes, l'enfant gravit les premiers échelons de *l'état démentiel* ou de *l'idiotie* dans les cas où le surmenage, les mauvais traitements agissent aussi.

Dans la *méningite tuberculeuse*, la terreur nocturne est un symptôme avant-coureur au même titre que la céphalalgie, le vertige, l'incertitude de la marche.

Potain a observé des hallucinations psycho-sensorielles

(1) Baltl, *Leçons sur les maladies mentales*, 1880-1881, 2e édition, p. 129

nocturnes chez une jeune fille à hérédité tuberculeuse, elle avait eu plusieurs bronchites du sommet et l'on pouvait croire à l'existence de tubercule latents.

L'*hydro-encéphalie* est marquée dans quelque cas à son début par des terreurs nocturnes, mais la chose est peu fréquente.

Enfin, Debacker (1) rapporte, comme affection génératrice de pavor, « *le ramollissement blanc aigu essentiel du cerveau chez les enfants* ».

L'intelligence est précoce, le malade a des céphalées vives, sa sensibilité générale irritée lui donne un sommeil agité, entrecoupé d'hallucinations et de visions terrifiantes.

Dans toutes ces affections, où le phénomène des terreurs nocturnes produit par des troubles de la circulation cérébrale, est un symptôme, on lui reconnait des caractères distinctifs ne permettant pas la confusion avec les autres cas observés, sous l'influence des causes énoncées dans notre chapitre précédent dont nous avons donné le diagnostic.

(1) Debacker, *loc. cit.*

TRAITEMENT

Si la cause déterminante est *manifeste*, si c'est une affection aiguë par exemple, on doit uniquement tendre vers elle les efforts thérapeutiques.

Dans les cas nombreux de terreurs liées à des troubles digestifs, si on a affaire à de *simples dyspepsies*, on prescrira avec avantage les stomachiques amers et les purgatifs doux. La teinture de noix vomique, les préparations de pepsine donneront de bons résultats. En présence d'une constipation ancienne, Soltmann(1) indique un mélange d'huile de ricin, et d'oleum jecoris aselli dans une émulsion gommeuse.

Devant la *gastro-entérite* on instituera la diète hydrique, l'eau albumineuse.

Les *vers intestinaux* dont la présence est signifiée, seront chassés avec le calomel et la santonine.

Pour calmer l'irritation gingivale de la *dentition*, on emploiera la teinture de belladone, et localement le chlorhydrate de cocaïne. On scarifiera la gencive s'il y a lieu.

On fera ainsi le traitement propre de chacune des affections en cause dans la pathogénie des accidents.

(1) Soltmann. *Loc. cit.*

Les *polypes et les végétations* devront être très promptement extirpés.

On a signalé la cessation des accès à la suite de l'ablation d'*amygdales hypertrophiées*.

Mais au-dessus de tous ces moyens en rapport avec les causes accidentelles on doit instituer le traitement essentiel fondé sur une *hygiène physique*, ainsi qu'une *hygiène morale* et *intellectuelle* appropriées.

Dans la vie de l'enfant on devra surveiller avec un soin précieux le *vêtement*, la *nourriture*, la *boisson*, l'*exercice* et le *sommeil*.

Le *vêtement* doit être assez souple ; il doit laisser tous les mouvements s'exécuter avec liberté. C'est la laine qui garantit le mieux en conservant la chaleur et absorbant la sueur.

L'*alimentation* devra comporter de très petits repas, souvent répétés chez le très jeune sujet.

Après le dernier repas du soir, qui doit être très léger il ne faut pas coucher l'enfant, encore moins le laisser s'endormir à table. On doit lui faire prendre alors un peu d'exercice et attendre une heure où deux avant de le mettre au lit.

Ne pas laisser manger de viande avant la dentition complète.

Jamais, même sous un prétexte de médication, on ne doit faire boire de vin pur, aucune liqueur, ni café, ni thé.

Le *lit* à son hygiène propre dont il faut observer quelques règles :

Le matelas en crin est le meilleur, de même pour

l'oreiller. Les draps en toile seront préférés à ceux en coton et la couverture sera en laine, peu lourde.

L'enfant doit avoir la tête peu élevée ; la cage thoracique bien libre, dans aucun cas on ne doit l'attacher.

La méthode déplorable des lits à deux doit être rigoureusement interdite.

Si ces soins d'hygiène physique sont indispensables, ceux qui relèvent de la *vie morale* le sont encore bien plus.

« Celui qui élève un enfant, a dit Mosso, en représente « le cerveau, tout ce qu'il lui dira de laid, d'effrayant, « d'épouvantable, ce sont autant d'épines qu'il lui laisse « dans les chairs... »

L'enfant nouveau-né est un « être médullaire » a-t-on pu dire. S'il éprouve, en effet, des sentiments de bien-être ou de mal-être, il ne peut les rapporter à telle ou telle circonstance, à tel objet précis. Aussi conçoit-on qu'il soit possible d'éviter dans beaucoup de cas le développement de la peur.(1) C'est un sentiment complexe, ses facteurs les plus actifs se trouvent dans une mauvaise éducation. Les parents doivent agir à tout moment pour repousser par la douceur et la confiance les suggestions de l'effroi. On peut vaincre la peur des ténèbres en faisant passer par degrès, l'enfant, de la lumière à l'ombre et de la pénombre à l'obscurité.

Le soir, si le sujet a donné des signes d'appréhension à l'approche de la nuit, on ne le laissera pas s'endormir dans l'obscurité, on éclairera sa chambre d'une lumière

(1) La peur est un fait psychique initial, susceptible d'accroissement suivant les circonstances.

pâle, afin que les meubles, les objets voisins de son lit, ne prennent pas des formes fantomatiques. On restera à son chevet en lui faisant des récits agréables et des promesses de joies pour le lendemain.

Énergiquement, on doit proscrire les récits fantastiques, les lectures de scènes effrayantes qui hantent d'une façon tyrannique les jeunes cerveaux. Les menaces de diables, de croquemitaines, encore si en honneur, sont aussi à condamner comme la préparation la plus efficace des terreurs nocturnes.

Jusqu'à 6 ans, on ne doit demander à l'enfant aucun *travail intellectuel* on pourra cependant l'intéresser à des images instructives.

Dans tous les cas de terreurs après 6 ans, on doit supprimer l'école, elle développe l'irritabilité nerveuse chez les enfants à tares héréditaires. L'attention longtemps soutenue et l'ensemble des mauvaises conditions d'hygiène favorisent ces troubles dans le monde scolaire.

On devra aussi enlever l'enfant à son milieu, l'éloigner des grandes villes pour de longs séjours à la campagne.

La *thérapeutique directe* comprendra les moyens agissant sur l'état constitutionnel morbide en relevant la nutrition, on préfèrera à cet égard l'huile de foie de morue à toutes les préparations ferrugineuses excitantes.

Sur les accès, on agit par le bromure de potassium. A six mois, on peut donner 10 à 12 centigrammes pendant quelques jours, immédiatement après le sein ou le biberon ; à un an, 30 centigrammes pendant trois jours. On prescrira ensuite des prises de 0,50 centigrammes à 1 et 2 grammes suivant l'âge.

On a proposé son association avec le chloral, ce dernier médicament est trop funeste à l'estomac du jeune enfant, on doit l'écarter.

Le trional et le tétronal à la dose de 0.25 centigrammes le soir ont été indiqués. De même l'antipyrine et le bromhydrate de quinine.

Le docteur Dagonet a toujours eu les meilleurs résultats avec le seul bromure de potassium, c'est à ce médicament qu'on doit s'en tenir.

On ne devra jamais se servir des opiacés, si dangereux chez les jeunes enfants.

Se servir de l'*hydrothérapie* sous forme de bains ou de lotions froides répétées tous les matins.

A ces sédations habituelles du système nerveux, on pourra associer la suggestion pratiquée à l'état de veille ou dans le sommeil. Elle a réussi à quelques médecins.

Nous n'avons indiqué ici que la thérapeutique des terreurs se présentant en dehors des névroses ou des maladies cérébrales. On ne fait d'autre traitement que celui propre à ces affections pour guérir comme un symptôme les accès de pavor qui apparaissent dans leur cours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(In thèse DEBACKER)

Dentition laborieuse.

Robert D..., âgé de 26 mois, d'une bonne constitution, et dont la santé est d'ordinaire satisfaisante ; pas d'impressionnabilité, nerveuse exagérée : digestions bonnes, pas de constipation ni de vers intestinaux. Il est en ce moment sous l'influence de l'éruption de ses quatre premières molaires, les gencives sont tuméfiées, rouges ; l'enfant est dans un état de surexcitation visible.

Au mois d'avril dernier, un chien s'approcha vivement de lui pour prendre un gâteau qu'il tenait à la main ; quelques jours plus tard, un autre chien s'élança sur lui dans un magasin et lui causa une vive frayeur. Peu de temps après, apparurent les phénomènes nocturnes.

Robert D..., se réveille brusquement, en sursaut, en poussant des cris qui expriment la plus vive frayeur. Lorsqu'on l'interroge, on obtient les réponses les plus nettes ; il voit dans la chambre des chiens qui veulent le dévorer.

Peu à peu l'agitation se calme et, au bout de quelques instants, il se rendort tranquillement.

Pas d'émission anormale d'urine après l'accès. Dans la journée qui suit, l'enfant se souvient parfaitement de ce qui s'est passé, et n'a pas oublié ses hallucinations.

Au début, les crises étaient fréquentes, se reproduisant presque chaque nuit, mais toujours isolées dans les premières heures de la nuit.

Elles n'ont lieu maintenant (18 juin) que tous les six ou huit jours On n'a jamais opposé de traitement.

On aurait dû interroger pour ce sujet l'hérédité.

Cette observation est remarquable par la persistance des crises longtemps après les impressions de terreur pendant la veille. Elle l'est aussi par les souvenirs très nets que laissent les accès.

OBSERVATION II

(Bouchut).

Effroi hallucinatoire nocturne dû à la seconde dentition.

Le 4 octobre 1877, un garçon de 10 ans vient me voir de Vitry, avec sa mère. Il est grand et fort en apparence, mais mou, et il a de la fièvre par la moindre fatigue. Il fait sa seconde dentition qui est en retard et irrégulière. Il y a deux ans, il a déjà eu des hallucinations la nuit, et depuis six semaines, cette année le même fait s'est reproduit plusieurs fois.

Il se couche en bonne santé, puis s'éveille avec terreur, et sa mère accourt près de lui. La lumière est allumée, et l'enfant parfaitement lucide. Il cause avec sa mère et voit devant lui des maisons renversées, ou dans l'espace, de grandes additions à faire au moyen de chiffres immenses. Il s'inquiète de cela et dit qu'il ne pourrra jamais les faire. Puis, comme la vision ne disparait pas, il demande à sa mère d'aller se mettre au lit, en lui disant : « Quand tu resteras près de moi, cela n'y fera rien. Ces additions ne s'en iront pas, ne te fatigue pas à me veiller ».

Malgré ces paroles, la mère restait, et, au bout d'une heure, l'enfant se rendormait. Le lendemain, il n'offrait rien de particulier, mais se rappelait très bien les hallucinations de la nuit.

(Communiquée à Bouchut par son père).

OBSERVATION III

(On nightmare of Childern Sydney-Rindge) (*Med. Times and gazette*, mai 1865).

Diarrhée.

Charles L..., deux ans, était un enfant mal nourri, tourmenté

d'une toux plus fréquente la nuit que le jour. Depuis deux mois deux ou trois fois chaque nuit, il s'est jeté hors de son sommeil en criant violemment. Chaque paroxysme de la crise dure environ une demi-heure. Quelquefois il roule de son lit, jette ses bras devant lui, et frappe avec force sa tête contre les barres de son lit; en d'autres occasions, il s'assied et crie avec tant de violence qu'il devient noir à la face. En ce moment, sss yeux roulent dans leurs orbites, il paraît tout à fait en dehors de lui, ne reconnaît pas sa mère et ne recouvre pas ses sens devant ses caresses. — Néanmoins, il ne donne aucun signe de souffrance réelle. — Il ne parle pas, il crie seulement avec violence. — Après chaque crise, il dort, mais son sommeil est agité, ses yeux s'ouvrent encore et il se plaint souvent. A l'examen, ses gencives ne sont pas gonflées, ni même rouges. — Son appétit est bon, mais il a la diarrhée depuis trois semaines, et ses selles sont vertes et glaireuses. on n'y a jamais rencontré de vers. Cet enfant est bien élevé on le couche à la tombée de la nuit.

Deux semaines avant d'arriver à l'hôpital, il a eu deux accès convulsifs avec agitation des bras et grincement de la face. Chaque accès a duré vingt minutes.

OBSERVATION IV

Par névrose ovarienne (Bouchut).

Mlle X..., âgée de 14 ans, formée depuis 6 mois, aussi grande et aussi forte qu'une femme de 20 ans, souffre beaucoup des régions ovariennes au moment des époques menstruelles. Pas de crises nerveuses, pas d'anesthésie, mais agitation nerveuse, très grand agacement, irritabilité de caractère. Bon appétit, digestions régulières, palpitations fréquentes, rien d'anormal au cœur. Pas de névralgies, mauvais sommeil, et la nuit elle se lève effrayée, appelle ses parents qui viennent autour de son lit pour la rassurer. Là bien qu'elle cause de toute chose, elle voit devant elle un fantôme blanc immobile au pied du lit, qui lui annonce une mort prochaine. Mais ce fantôme ne fait aucun mouvement pour lui faire du mal. Elle le voit et elle l'entend pendant une où deux heures, puis la vision s'évanouit. Cela s'est reproduit 8 à 10 nuits de suite,

D'autrefois, ce sont des illusions sensorielles. Un chapeau, une

robe, un vase, où un objet quelconque de la chambre sont pris pour un fantôme où un être réel et puis la fausse perception disparaît.

OBSERVATION V

(A Ollivier). *Nerveuse par hérédité.*

Duh..., Henriette, âgée de 6 ans, conduite à la polyclinique le 16 juillet 1886.

Son père 49 ans, employé de chemin de fer, fait assez souvent des excès de boissons.

Sa mère, 42 ans, se porte habituellement bien, mais est très impressionnable ; son sommeil est souvent agité de cauchemars.

L'enfant a eu la rougeole et la coqueluche vers l'âge de 2 ans.

Depuis ce moment, elle a joui d'une bonne santé physique. Seulement à la moindre contrariété, elle trépigne de colère, se roule à terre en criant, etc. Il y a quelques mois, étant à la campagne, elle fut chargée par sa mère de porter à la cuisine un vase contenant des poissons vivants ; quelques uns d'entre eux ayant sauté hors du vase, elle eut une grande frayeur ; la nuit suivante elle fut très agitée, s'éveilla plusieurs fois, en poussant des cris, sortit de son lit et ne voulut plus y revenir, regardant anxieusement autour d'elle, en proie à une terreur profonde. Ces phénomènes se reproduisent presque chaque nuit.

Ils persistent encore aujourd'hui, toutefois moins intense et moins fréquents.

Ils ne surviennent que une ou deux fois par semaine. A part ces symptômes, l'état général est très satisfaisant, seulement la petite malade est toujours nerveuse, excitable et entêtée. Jamais elle n'a eu de convulsion.

Grâce au bromure de potassium et aux bains tièdes répétés, les terreurs nocturnes finirent par disparaître complètement au bout de 3 à 4 semaines.

OBSERVATION VI

(A. Ollivier), *Chez un dégénéré.*

Prud..., Gabriel, 33 mois. Père inconnu; mère alcoolique qui n'a cessé de faire des excès de boissons, et particulièrement d'absinthe, même pendant sa grossesse. Attaques d'hystérie convulsive très nettes.

Cet enfant était très chétif à sa naissance; heureusement pour lui, on ne lui fit prendre que du lait jusqu'à l'âge de 2 ans.

Une de ses tantes me l'a amené, il y a quelques jours (10 décembre 1887) à la polyclinique, parce que, m'a-t-elle dit, il a le sommeil extrêmement agité. Chaque nuit et depuis fort longtemps, il se réveille plusieurs fois en sursaut, voyant autour de son lit, des hommes et des animaux qui veulent lui faire du mal, on lui vole ses jouets. Il se débat, crie, pleure, puis se rendort.

C'est un enfant très impressionnable. Entend-il un bruit, une personne qui monte vite l'escalier, il se précipite aussitôt contre les gens qu'il connaît et se cramponne à eux. D'un caractère habituellement doux, à certains moments et sans que rien ne puisse le faire prévoir, il cherche subitement à frapper et à mordre; à d'autres moments il se met à rire sans motifs. Pendant ces cris diurnes il a aussi quelquefois des hallucinations de la vue : il croit voir des chevaux, des voitures, des bateaux, etc.

Et cependant il semble très indifférent pour son âge : ses réponses sont remarquables par leur précision.

En même temps que ces symptômes existe une incontinence d'urine dont le début est également ancien. L'émission involontaire n'a lieu que la nuit; dans le jour l'enfant demande à satisfaire ses besoins.

C'est un type de dégénéré bien caractérisé.

CONCLUSIONS

I. L'accès de terreur nocturne se manifeste dans les premières heures du sommeil.

L'enfant se réveille en sueurs, angoissé, le regard fixé sur un point de la chambre, la conscience abolie ou diminuée. L'anxiété paroxystique, la sensation d'étouffement, en est le caractère essentiel, s'il s'agit, comme c'est le cas le plus fréquent, d'un sujet non atteint de névrose confirmée ou de maladie cérébrale.

II. Les auteurs ont exagéré l'importance des causes invoquées, troubles gastro-intestinaux, dermatoses, végétations adénoïdes etc. Elles n'agissent que sur un état morbide préétabli, elles mettent en valeur par voie circulatoire, ou réflexe ou toxique, une irritation psycho-sensorielle héréditaire.

III. Les terreurs nocturnes se rencontrent isolées ou associées à des délires dans un certain nombre d'affections, de maladies infectieuses à la période de début et à la convalescence. Ceci, par influence sur la circulation cérébrale.

IV. Avec une cause actuelle, immédiate, l'élément psychique qu'est la peur est indispensable. Ce senti-

ment est né et s'est exagéré à l'état de veille il se retrouve la nuit dans l'accès de pavor, à propos du même objet qui l'a fait naître dans le jour.

V. La cause occasionnelle, déterminante vient, sur un terrain préparé par l'hérédité et ensemencé par les suggestions de la peur, faire naître l'accès de terreur nocturne.

VI. C'est l'hérédité alcoolique qu'on rencontre surtout. Elle est quelquefois signalée par de l'irritabilité, de l'émotivité, du déséquilibre ou des troubles nerveux graves. On doit la rechercher avec soin.

VII. On peut considérer chez certains sujets l'accès comme une névrose réduite à un seul grand signe, elle avorte ainsi ou prend une forme larvée.

VIII. Dans les névroses systématisées les peurs nocturnes se rencontrent comme symptôme surtout au début.

IX. De même aussi dans les états de candidatures aux psychoses, aux états démentiels ou encore dans la méningite tuberculeuse et l'hydro-encéphalée.

X. Le traitement doit combattre surtout la cause apparente, gastro-entérite, vers intestinaux, dentition, végétations adénoïdes, etc.

Il comporte aussi :

1° Une *hygiène physique* : vêtement, nourriture, exercice appropriés.

2° Une *hygiène morale* et intellectuelle : calmer les peurs diurnes, raisonner les effrois. Ecarter les menaces de démons et de croquemitaines. Pas de récits ou de lectures fantastiques. Supprimer l'école.

3° Thérapeutique directe :

Bromure de potassium 0,50 à 1 gr. suivant l'âge en deux fois dans la journée. Jamais d'opium. Hydrothérapie. Lotions froides. Suggestion.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le président de la thèse,
RAYMOND.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Introduction 3

Historique 5

Symptômes et diagnostic 10

Revue des causes. — Leur valeur 16

Terreurs nocturnes en rapport avec les névroses et les maladies cérébrales 41

Traitement 55

Observations 60

Conclusions 65

Orléans. — Imp. MAURICE FOURNIQUET, 47, rue Bannier.